



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
USMAF-SASN Valle D'Aosta, Piemonte, Lombardia,
Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) via _____ n. _____ c.a.p. _____
tel. _____ e-mail _____ C.F. _____
documento: _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____
DESTINAZIONE DEL VIAGGIO _____ MOTIVO _____
DURATA DEL SOGGIORNO (GG) _____ DATA DELLA PARTENZA _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a alla/e seguente/i vaccinazione/i:
[] ANTI FEBBRE GIALLA - [] ANTI TIFICA ([] ORALE - [] PARENTERALE)
[] ANTI MENINGOCOCCICA - [] ANTI DIFTO-TETANO - [] ANTI EPATITE A - [] ANTI EPATITE B [] ALTRO _____

e a tal fine DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI

1- esser già stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni:

[] ANTI FEBBRE GIALLA DATA..... [] ANTI TIFICA ([] ORALE - [] PARENTERALE) DATA
[] ANTI MENINGOCOCCICA DATA [] ANTI DIFTO-TETANO DATA... [] ANTI EPATITE A. DATA
[] ANTI EPATITE B DATA..... [] ANTI POLIO DATA [] ALTRO DATA

- 2- di stare bene oggi si [] no []
3- di aver avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici no [] si []
4- di essere allergico: no [] si []
[] proteine dell'uovo [] alimenti [] idrossido d'alluminio [] sostanze chimiche
[] antibiotici [] farmaci [] lattice [] altre sostanze
5- di aver avuto reazioni gravi a una precedente dose di vaccino no [] si []
6- di avere deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV no [] si []
7- di avere malattie croniche autoimmuni/reumatiche, patologie della ghiandola del timo no [] si []
8- di avere malattie metaboliche, cardiache, respiratorie, renali, di altri organi o apparati o disturbi della coagulazione no [] si []
9- di aver attuato, negli ultimi 6 mesi, terapie di lunga durata (aver assunto farmaci con continuità, in particolare cortisonici, immunosoppressori, chemioterapici o essere stato/a sottoposto/a a radioterapia o dialisi) no [] si []
10- di essere stato/a sottoposto/a interventi chirurgici no [] si []
11- di aver ricevuto vaccini nell'ultimo mese no [] si []
12- di essere in gravidanza o allattamento no [] si []

NOTE: _____

luogo e data _____

firma _____

(in caso di minore firma di chi esercita la potestà genitoriale)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a, avendo preso visione delle Informazioni Generali, ha compreso che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del procedimento richiesto nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. , e dal Regolamento n. 679/2016 - GDPR

luogo e data _____ firma _____
(in caso di minore firma di chi esercita la potestà genitoriale)

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di essere stato/a adeguatamente informato/a circa i benefici e i possibili effetti collaterali correlati al/i vaccino/i e, avendoli compresi, **di acconsentire** alla somministrazione del/i vaccino/i richiesto/i.
- di essere stato/a adeguatamente informato/a che il vaccino della febbre gialla se somministrato in età superiore ai 60 anni può determinare un significativo incremento di effetti collaterali anche molto gravi.
- se donna in età fertile, di essere stata edotta circa le precauzioni per evitare una gravidanza nel mese successivo alla vaccinazione contro la febbre gialla

firma _____
(in caso di minore firma di chi esercita la potestà genitoriale)

luogo e data _____ firma del medico _____

SCHEDE PROFILASSI

- | | | | |
|---------------------------------------------|-----------|-----------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> FEBBRE GIALLA | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> MENINGITE | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> DIFTERITE e TETANO | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> POLIO | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> EPATITE A | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> EPATITE B | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> TIFO INIETTIVO | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> TIFO ORALE | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> COLERA | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
| <input type="checkbox"/> | data..... | sito d'iniezione..... | firma..... |
- PROFILASSI ANTIMALARICA CONSIGLIATA:
Principio attivo data..... firma.....

DATA DELLA/E VACCINAZIONE/I: _____	PRESENTA CERTIFICAZIONI: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SPECIFICARE _____	
VENGONO RILEVATI EFFETTI COLLATERALI IN SEGUITO ALLA VACCINAZIONE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OSSERVAZIONI: _____ _____	
Il Medico _____	